

NOMBRE DEL PADRE/MADRE CON TUTELA
NOMBRE DEL PADRE/MADRE SIN TUTELA
NÚMERO DEL CASO IV-D

DECLARACIÓN DE RECURSOS Y GASTOS
STATEMENT OF RESOURCES AND EXPENSES
(Con excepción de su firma, por favor escriba todas sus respuestas con letra de molde o a máquina)

NOTA: Debe proporcionar a la División Manutención para Niños (DCS) su número de Seguro Social. La DCS utilizará este número a fin de proporcionar servicios para el cumplimiento de la manutención de niños según se define en el Título IV-D de la Ley de Seguro Social.

I. SUS DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO		FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR	NÚMERO DE TELÉFONO PARA MENSAJES	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	
DOMICILIO RESIDENCIAL O CASILLA POSTAL		ESTADO CIVIL ACTUAL <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A	
CIUDAD DONDE RESIDE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NOMBRE DEL CÓNYUGE
LUGAR DE MATRIMONIO (CIUDAD/CONDADO/ESTADO)			FECHA DE MATRIMONIO
NÚMERO DE NIÑOS QUE VIVEN EN MI HOGAR	NÚMERO DE ADULTOS QUE VIVEN EN MI HOGAR	CORREO ELECTRÓNICO	

II. DATOS SOBRE EMPLEO

A. DATOS SOBRE SU EMPLEO

OCUPACIÓN	ESTADO ACTUAL EN EL EMPLEO <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> POR CUENTA PROPIA		
NOMBRE DEL EMPLEADOR		NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL SINDICATO	DIRECCIÓN DEL SINDICATO	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

B. DATOS SOBRE SU EMPLEO POR CUENTA PROPIA

NOTA: Incluya una copia de la última declaración de impuestos federales de su negocio como comprobante de ingresos y gastos.

NOMBRE DEL NEGOCIO	DIRECCIÓN DEL NEGOCIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TIPO DE NEGOCIO <input type="checkbox"/> CORPORACIÓN <input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> PROPIEDAD EXCLUSIVA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS DE SU NEGOCIO			
CUENTAS BANCARIAS DEL NEGOCIO UBICADAS EN				
INGRESO ANUAL BRUTO DEL NEGOCIO		INGRESO ANUAL NETO DEL NEGOCIO		

C. DATOS SOBRE EL EMPLEO ACTUAL DEL CÓNYUGE

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	OCUPACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADOR
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	AFILIACIÓN SINDICAL

D. DATOS SOBRE EL EMPLEO ACTUAL POR CUENTA PROPIA DEL CÓNYUGE

NOTA: Incluya una copia de la última declaración de impuestos federales del negocio de su cónyuge como comprobante de ingresos y gastos.

NOMBRE DEL NEGOCIO	DIRECCIÓN DEL NEGOCIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TIPO DE NEGOCIO <input type="checkbox"/> CORPORACIÓN <input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> PROPIEDAD EXCLUSIVA			4. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS DEL NEGOCIO	
Cuentas bancarias del negocio ubicadas en				
INGRESO ANUAL BRUTO DEL NEGOCIO			INGRESO ANUAL NETO DEL NEGOCIO	

E. SEGURO MÉDICO/DENTAL DE DEPENDIENTES

MÉDICO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO
DENTAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL
NOMBRE DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA DEL SEGURO MÉDICO	NOMBRE DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA DEL SEGURO DENTAL

III. DATOS DE INGRESOS Y ACTIVOS**A. INGRESOS DE TODAS LAS FUENTES, DEL MES ANTERIOR**

SU SALARIO	INGRESO DEL NEGOCIO	INGRESO DEL CÓNYUGE	INGRESO DE OTROS ADULTOS DE SU FAMILIA
OTROS INGRESOS	INGRESO TOTAL BRUTO		INGRESO TOTAL NETO

B. INGRESO BRUTO DE TODAS LAS FUENTES, DE LOS 12 MESES ANTERIORES

MES	SU INGRESO BRUTO	INGRESO BRUTO DE SU CÓNYUGE	FUENTE DE INGRESOS (NOMBRE DEL EMPLEADOR, ETC.)
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
JULIO			
AGOSTO			
SEPTIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			

III. DATOS DE INGRESOS Y ACTIVOS

C. BONOS DE AHORROS

TIPO DE BONO DE AHORROS	VALOR NOMINAL	TIPO DE BONO DE AHORROS	VALOR NOMINAL

D. CUENTAS BANCARIAS PERSONALES

TIPO DE CUENTA	NOMBRE Y UBICACIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA	SALDO AL FINAL DEL MES PASADO
CUENTA CORRIENTE			
CUENTA DE AHORROS			
COOPERATIVA DE CRÉDITO			
OTRO			

E. ACCIONES Y BONOS

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE ACCIONES	VALOR A LA PAR

F. BIENES RAÍCES (POSESIÓN O EN EL PROCESO DE COMPRAR, INCLUYENDO CASA)

DIRECCIÓN O DESCRIPCIÓN LEGAL	AÑO DE ADQUISICIÓN	TENEDORES DE TÍTULOS

G. PROPIEDAD PERSONAL (POSESIÓN O EN EL PROCESO DE COMPRAR)

TIPO DE PROPIEDAD	MODELO	AÑO	NÚMERO DE LICENCIA Y DESCRIPCIÓN	TENEDOR DE CONTRATO	MONTO QUE DEBE
AUTO					
AUTO					

G. PROPIEDAD PERSONAL (POSESIÓN O EN EL PROCESO DE COMPRAR) CONTINUACIÓN

TIPO DE PROPIEDAD	MODELO	AÑO	NÚMERO DE LICENCIA Y DESCRIPCIÓN	TENEDOR DE CONTRATO	MONTO QUE DEBE
EMBARCACIÓN/MOTOR					
EMBARCACIÓN/MOTOR					
CASA MÓVIL					
VEHÍCULO P/ACAMPAR/RV					
OTRO					

H. CAJA FUERTE

UBICACIÓN DE LA CAJA	DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO	VALOR TOTAL

I. PÓLIZA DEL SEGURO DE VIDA

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA	VALOR EN EFECTIVO

IV. DATOS SOBRE GASTOS MENSUALES**A. VIVIENDA**

1. ALQUILER O PAGO DE LA CASA	
2. IMPUESTOS Y SEGUROS (si no están cubiertos por el pago anterior)	
3. GASTOS MENSUALES TOTALES POR VIVIENDA (sume las líneas 1 y 2 anteriores)	

B. SERVICIOS PÚBLICOS

1. CALEFACCIÓN (Gas y Petróleo)	
2. ELECTRICIDAD	
3. AGUA, DESAGÜE, BASURA	
4. TELÉFONO	
5. OTRO: (especifique)	
6. GASTOS MENSUALES TOTALES POR SERVICIOS (sume las líneas de la 1 a la 5 anteriores)	

C. ALIMENTOS	
1. ALIMENTO PARA _____ PERSONAS	
2. COMIDAS FUERA DE MI HOGAR	
3. OTRO (especifique) _____	
4. GASTOS MENSUALES TOTALES POR ALIMENTOS (sume las líneas de la 1 a la 3 anteriores)	
D. CUIDADO DE NIÑOS	
1. CUIDADO DIURNO/CUIDADO INFANTIL DE _____ NIÑOS	
2. ROPA	
3. INSTRUCCIÓN ESCOLAR PARA _____ NIÑOS	
4. PAGOS DE MANUTENCIÓN PARA NIÑOS QUE NO VIVEN CON USTED	
5. OTROS GASTOS RELACIONADOS CON NIÑOS (liste): _____ _____	
6. GASTOS MENSUALES TOTALES POR CUIDADO DE NIÑOS (sume las líneas de la 1 a la 5 anteriores)	
E. TRANSPORTACIÓN	
1. PAGO O ARRENDAMIENTO DEL VEHÍCULO	
2. SEGURO	
3. LICENCIA	
4. COMBUSTIBLE Y MANTENIMIENTO DE RUTINA	
5. ESTACIONAMIENTO	
6. OTRO (especifique) _____	
7. GASTOS MENSUALES TOTALES POR TRANSPORTACIÓN (sume las líneas de la 1 a la 6 anteriores)	
F. ROPA	
1. ROPA DE TRABAJO	
2. OTRA ROPA	
3. GASTOS MENSUALES TOTALES POR ROPA (sume las líneas anteriores)	
G. CUIDADO A LA SALUD	
1. PRIMAS DE SEGURO MÉDICO Y DENTAL	
2. SERVICIO DENTAL, ORTODÓNTICO, MÉDICO Y OCULAR SIN SEGURO	
3. OTROS GASTOS DE CUIDADO A LA SALUD NO ASEGURADOS (indique): _____ _____ _____	
4. GASTOS MENSUALES TOTALES POR CUIDADO A LA SALUD (sume las líneas de la 1 a la 3 anteriores)	

H. GASTOS PERSONALES			
1. CUIDADO DEL PELO/CUIDADO PERSONAL			
2. EDUCACIÓN			
3. LIBROS, PERIÓDICOS Y REVISTAS			
4. OTRO (liste) _____			
5. GASTOS PERSONALES MENSUALES TOTALES (sume las líneas de la 1 a la 4 anteriores)			
I. OTROS GASTOS Y PAGOS MENSUALES RECURRENTE			
	PAGADO A	SALDO DE LA DEUDA	PAGO MENSUAL
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11. TOTAL DE OTROS GASTOS Y PAGOS MENSUALES RECURRENTE (sume las líneas de la 1 a la 10 anteriores)			
J. GASTOS TOTALES MENSUALES			
1. SUME TODAS LAS LÍNEAS DE TOTALES DE LAS SECCIONES DE LA A A LA I DE LOS GASTOS MENSUALES			
2. SU PARTE DE LOS GASTOS MENSUALES TOTALES DE LA LÍNEA 1 ANTERIOR (la cantidad de la línea 1 anterior menos cualquier contribución/asistencia de cualquier persona que no sea su cónyuge)			
K. DECLARACIÓN			
<p>Declaro, bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington, que la información que he proporcionado en este formulario es verídica, correcta y completa a mi mejor entender. Entiendo que el estado de Washington puede entablar acción judicial en mi contra por fraude por cualquier declaración falsa o declaración errónea intencional. Entiendo que mis declaraciones están sujetas a verificación por parte del Departamento de Servicios Sociales y de Salud.</p>			
FIRMA			FECHA